**ANEXO XXII. REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL**

**Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación o su equivalente en los Institutos Tecnológicos Descentralizados**

**Reporte bimestral de Servicio Social**

 Reporte No.: Final

|  |
| --- |
| Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Primer apellido  |  Segundo apellido  |  Nombre(s)  |

Carrera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No de Control \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Periodo Reportado:**

 Del día\_\_\_\_\_ mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año\_\_\_\_\_\_; al día\_\_\_\_\_ mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Resumen de actividades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Total, de horas de este reporte: \_\_\_\_\_\_ Total de horas acumuladas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sello** |  |
| **Firma del Interesado** |
|  |
| **Nombre, Puesto y firma del supervisor** | **L.A. Elizabeth Medel Mendoza** **Vo. Bo. Oficina del Servicio Social** |

|  |
| --- |
| **ANEXO XXIII. FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE****SERVICIO SOCIAL**Nombre del prestador de Servicio Social: |
| Programa:  |
| Periodo de realización: (fechas que comprende el bimestre)  |
| Indique a que bimestre corresponde: No. Final |  Bimestre  |  Final X |

**Nivel de desempeño del criterio**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Criterios a Evaluar** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| 1 | Cumple en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos |  |  |  |  |  |
| 2 | Trabaja en equipo y se adapta a nuevas situaciones |  |  |  |  |  |
| 3 | Muestra liderazgo en las actividades encomendadas |  |  |  |  |  |
| 4 | Organiza su tiempo y trabaja de manera proactiva |  |  |  |  |  |
| 5 | Interpreta la realidad y se sensibiliza aportando soluciones a la problemática con la actividad complementaria |  |  |  |  |  |
| 6 | Realiza sugerencias innovadoras para beneficio o mejora del programa en el que participa. |  |  |  |  |  |
| 7 | Tiene iniciativa para ayudar en las actividades y muestra espíritu de servicio. |  |  |  |  |  |

**Observaciones (5):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre, cargo y firma del responsable de programaC.c.p. Oficina de Servicio Social |  Sello de la dependencia/empresa |

|  |
| --- |
| **ANEXO XXIV. FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**Nombre del prestador de Servicio Social:  |
| Programa:  |
| Periodo de realización: (fechas que comprende el bimestre)  |
| Indique a que bimestre corresponde: No.  |  Bimestre  |  X Final  |

**Nivel de desempeño del criterio**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Criterios a Evaluar** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| 1 | Cumplí en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos |  |  |  |  |  |
| 2 | Trabajé en equipo y me adapté a nuevas situaciones |  |  |  |  |  |
| 3 | Mostré liderazgo en las actividades encomendadas |  |  |  |  |  |
| 4 | Organicé mi tiempo y trabajé de manera proactiva |  |  |  |  |  |
| 5 | Interpreté la realidad y me sensibilicé aportando soluciones a la problemática con la actividad complementaria |  |  |  |  |  |
| 6 | Realicé sugerencias innovadoras para beneficio o mejora del programa en el que participé. |  |  |  |  |  |
| 7 | Tuve iniciativa para ayudar en las actividades y mostré espíritu de servicio. |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Nombre, No. de control y firma del prestador de Servicio Social C.c.p. Oficina de Servicio Social |

**ANEXO XXV. FORMATO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR EL**

 **PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del prestador de Servicio Social:  |  |
| Programa:  |  |
| Periodo de realización: (fechas que comprende el bimestre)  |  |
| Indique a que bimestre corresponde: No. Final  | Bimestre  | Final  |  |

**Nivel de desempeño del criterio**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Criterios a Evaluar** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| 1 | ¿Consideras importante la realización del servicio social? |  |  |  |  |  |
| 2 | ¿Consideras que las actividades que realizaste son pertinentes a los fines del Servicio Social? |  |  |  |  |  |
| 3 | ¿Consideras que las actividades que realizaste contribuyen a tu formación integral? |  |  |  |  |  |
| 4 | ¿Contribuiste en actividades de beneficio social comunitario? |  |  |  |  |  |
| 5 | ¿Contribuiste en actividades de protección al medio ambiente? |  |  |  | X |  |
| 6 | ¿Cómo consideras que las competencias que adquiriste en la escuela contribuyeron a atender asertivamente las actividades de servicio social? |  |  |  |  |  |
| 7 | ¿Consideras que sería factible continuar con este proyecto de Servicio Social a un proyecto de Residencias Profesionales, proyecto integrador, proyecto de investigación o desarrollo tecnológico?  |  |  |  |  |  |
| 8 | ¿Recomendarías a otro estudiante realizar su Servicio Social en la dependencia donde lo realizaste? |  |  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre, No. de control y firma del prestador de Servicio SocialC.c.p. Oficina de Servicio Social |

**EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS**

**(Agregar mínimo 4 evidencias donde el aprendiz se encuentre realizando las actividades)**

**Nota: las evidencias fotográficas, tienen que llevar el visto bueno del responsable del programa (firma o antefirma)**